



УРЖ *Український Радіологічний Журнал*

Додаток **1** 2016

**ХІІІ з'їзд
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ
(матеріали з'їзду)**

26–28 травня 2016 р., м. Київ

*МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ*

*ХІІІ З'ЇЗД
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ
(матеріали з'їзду)
26–28 травня 2016 р., м. Київ*

Київ 2016

ЗМІСТ

Епідеміологія злоякісних новоутворень, організація протиракової боротьби та скринінгу	4
Оптимальні принципи морфологічної діагностики.....	10
Злоякісні новоутворення голови, шиї та лорорганів	19
Торакальна онкологія.....	33
Діагностика, лікування та профілактика раку грудної залози	49
Абдомінальна онкологія: злоякісні пухлини шлунка; підшлункової залози та печінки; онкопроктологія	66
Онкоортопедія	94
Онкодерматологія.....	101
Онкоурологія	108
Онкогінекологія.....	121
Онкогематологія	138
Злоякісні новоутворення у дітей.....	146
Актульні питання анестезії та аналгезії в онкології	153
Хіміотерапія солідних пухлин	155
Променева діагностика, променева терапія, ядерна медицина	165
Фундаментальні аспекти сучасної онкології.....	189
Онкопатологія центральної нервової системи	214
Перспективи, проблеми освіти в онкології.....	219
Паліативна допомога	222
Реабілітація та проблеми якості життя онкологічних хворих	223
Різне.....	227

Зважаючи на те, що хворі на рак молочної залози після проведеного лікування знаходяться на обліку в онкологічних установах рівень самовиявлення метакронної пухлини повинен бути нижчим ніж при унілатеральному РМЗ. Адже, крім набутої онконастороженості жінок, які отримали лікування з приводу раку молочної залози повинна бути й професійна насторога лікарів-онкологів, які проводять моніторинг цих пацієнток.

Висновки. Враховуючи однакові показники самовиявлення пухлин у хворих на первинний (33%) та метакронний (32%) рак молочних залоз система моніторингу пролікованих пацієнток є малоефективною. Для покращення показників раннього виявлення цієї патології необхідно ущільнити графік контрольних оглядів та збільшити період активного моніторингу.

Особливості імуністохімічного статусу бластоми у хворих на рак молочної залози Подільського регіону

Дроненко В.Г., Костюк О.Г., Какар'їн О.Я., Бірюкова К.І.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І.Пирогова

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Актуальність. Рак молочної залози залишається актуальною проблемою сучасної онкології, в Україні займає перше місце в структурі захворюваності і смертності від злоякісних пухлин у жінок. Значний прогрес в лікуванні раку молочної залози внесли дослідження по виявленню в пухлині стероїдних рецепторів естрогену і прогестерону.

Матеріали та методи. Проаналізовано архівні дані результатів імуністохімічного (ІГХ) дослідження 1135 хворих на рак молочної залози Подільського регіону за останні 5 років.

Результати. Встановлено, що серед 1135 жінок якісна реакція рецепторів естрогену була наступною: позитивна — у 862 (76%) жінок, негативна 273 (24%). Кількісна естрогенова чутливість містила слідуючі відомості: відсутня (0-10%) у 454 (40%) жінок; низька (11-33%) — 454 (20%), середня (34-66%) — 68 (6%) жінок, висока (100%) — 386 (34%) жінок; прогестеронова відповідь була такою: негативна — 511 (45%) хворих, позитивна — 624 (55%). Кількісна прогестеронова реакція становила наступне: відсутня (0-10%) у 533 (47%) жінок, низька (11-33%) — 227 (20%) жінок, середня (34-66%) — 137 (12%), 1 висока (100%) — 238 (21%). Аналізуючи наявність рецепторів до естрогену і прогестерону, в залежності від віку хворих, встановлено наступні закономірності: в передменопаузальному періоді переважають естрогенові рецептори у 772 (68%) хворих, в постменопаузальному більше прогестеронових рецепторів 612 (54%) хворих, тоді як в похилому та старечому віці, в більшості випадків, рецептори відсутні. Аналіз на протеїн Ki-67 дав такі відомості: 0 — 227 (20%); 10-20% — 488(43%); 20-50% — 124(11%); більше 50% — 295 (26%). До факторів пухлинного росту відноситься HER-2/neu-білок, вироблення якого регулюється геном HER-2/neu. Позитивний рак молочної залози має агресивний перебіг, швидкий ріст та розповсюдження, ніж HER-2 негативний, що дозволяє визначити «прихований» проліферуючий потенціал даної пухлини і оцінити ступінь злоякісності, а також розділити пацієнтів на групи з відносно сприятливим і несприятливим прогнозом. Стосовно HER-2/neu нами встановлено: низький рівень — у 499(44%) хворих, середній — 386(34%), високий — 249 (22%).

Висновки. Використання клініко-морфологічного діагностичного алгоритму з обов'язковим проведенням (ІГХ) дозволяє індивідуалізувати тактику лікування (хіміотерапія, гормонотерапія) хворих пролонгувати їх виживання. Отримані дані дають цінну прогностичну інформацію та дозволяють призначити адекватне лікування хворих на рак молочної залози.

Молекулярні підтипи як фактор індивідуалізації хворих на рак молочної залози

Ельхажжє М.Х., Бондаренко І.М., Прохач А.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

Вступ. Молекулярні підтипи (МП) стають все більш вагомим фактором впливу на розробку тактики лікування хворих на рак молочної залози (РМЗ).

Мета дослідження. Визначити розповсюдженість, незмінність МП, та їх вплив на особливості метастазування і виживаність хворих з РМЗ.

Матеріали і методи. Нами встановлені МП у 7521 хворих на РМЗ, їх стабільність чи змінюваність — у 67 жінок. Загальна виживаність визначена серед 491 пацієнтки, особливості метастазування за критеріями RECIST — у 306.

Результати та обговорення. Розподіл на МП склав: люмінальний А (ЛА) — 69%, люмінальний В (ЛВ) — 9%, HER-2/neu-позитивний — 7%, потрійний негативний (ПН) — 15%. Врахування Ki-67 ($\geq 14\%$) збільшило ЛВ МП до 19% за рахунок зниження ЛА. Стабільними МП залишалися у 53,2% хворих, змінювалися 44,8%. Найчастіше у процесі лікування змінювалися люмінальні МП, тоді як ПН та HER-2/neu-позитивний — рідко. Загальна виживаність при метастатичному РМЗ зменшувалася у такій послідовності: ЛА — 32,9 міс, ЛВ — 31,5 міс, ПН — 24,8 міс, HER-2/neu-позитивний — 22,6. В такій самій залежності збільшувалися середні показники Ki-67 та P53, що свідчило про їх прогностичне значення при РМЗ поряд з МП. Доведено, що найбільш агресивним є ПН та HER-2/neu-позитивний МП, при якому найчастіше виявлялося метастазування в головний мозок. Таргетна терапія у таких хворих дозволила подолати HER-2/neu-позитивність як фактор негативного прогнозу.

Висновок. Визначення МП РМЗ є простим та ефективним засобом формування індивідуалізованих принципів лікування РМЗ.

Сумарний розмір маркерних пухлинних вогнищ як фактор прогнозу метастатичного раку молочної залози

¹Ельхажжє М.Х., ¹Бондаренко І.М., ¹Завізон В.Ф.,
¹Ходжуж М.І., ¹Скляр А.С., ²Шевченко М.А.,
²Шерстньова Т.Г., ¹Артюшенко Л.Т., ³Яцуба С.А.,
³Андрющенко В.С., ³Василенко І.В.

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²ТОВ «RDP Ukraine», м. Дніпропетровськ

³КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня №4
Дніпропетровської обласної Ради»

Розмір пухлини є одним з найважливіших прогностичних показників прогнозу раку молочної залози (РМЗ).

Ціль роботи. Вивчити прогностичне значення сумарного розміру маркерних пухлинних вогнищ (СРМПВ) у хворих на РМЗ.

Матеріали та методи. У 76 хворих віком від 31 до 76 років (середній вік — 52,3 роки), які отримували 2 лінію поліхіміотерапії з приводу РМЗ, оцінка ефективності проводилася за допомогою комп'ютерної томографії з застосуванням критеріїв RECIST версія 1.0. За необхідності додатково застосовували ультразвукову діагностику та остеосцинтиграфію. Відстежені безрецидивна та загальна виживаність.

Результати та обговорення. У 43 хворих СРМПВ був менше 50 мм (група 1), у 16 — від 50 до 99 мм (група 2), у 13 було 100 — 150 мм (група 3), та у 2 — більше 150 мм (група 4). Безрецидивна виживаність у хворих першої групи була 14 місяців, другої та третьої — 16 місяців, у хворих з СРМПВ більше 150 мм безрецидивний період склав 5 міс. Загальна виживаність в першій групі була 41 місяць, в другій — 46 місяців, в третій — 35, в четвертій — 15 місяців. Аналіз кривих Каплана-Мейєра

показав, що загальна виживаність хворих з СРМПВ менше 100 мм була вищою, ніж у випадках більше 100 мм.

Висновки. СРМПВ зворотно пропорційно корелює з прогнозом як безрецидивної, так і загальної виживаності хворих на метастатичний РМЗ.

Опыт внедрения и развития онкопластической хирургии рака молочной железы в условиях специализированного центра

*Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А.,
Бондаренко В.В., Винницкая Д.К., Винницкая А.Б.,
Бернштейн Г.Б.*

LISOD — Больница Израильской Онкологии, г. Киев

Введение. Органосохраняющая онкопластическая хирургия (ОСОХ) рака молочной железы (РМЖ) с последующей радиотерапией доказала свою эффективность и безопасность не только в эстетическом, но и в онкологическом плане. Представлен опыт Центра Современной Маммологии (ЦСМ) Больницы израильской онкологии LISOD, организованного в 2008 г. согласно критериям EUSOMA.

Материалы и методы. Все пациенты обсуждались на междисциплинарном онкологическом консилиуме согласно международных стандартов. При удалении опухолей до 20% от объема железы доступы и формирование лоскутов планировались с учетом принципов редукционной маммопластики и мастопексии. При удалении большого объема использовались привнесенные ткани с боковой грудной, брюшной стенки, либо торакодорсальный лоскут. Представлены внутренние алгоритмы выбора операций. У всех больных применялась цветовая маркировка и исследование края резекции удаленного препарата. Проводилась фотофиксация всех пациенток на всех этапах лечения.

Результаты. 2007- 12.2015 в ЦСМ выполнено 352 ОСОХ операции у 345 пациенток с РМЖ. Средний возраст составил 52(22-85) г, средний размер опухоли — 3,2(0,6-15) см, средний вес удаленного препарата — 107,8(5-1034) г. Двусторонние опухоли были у 6 (1,7%) пациенток. Терапевтические маммопластики применены в 115(32,7%) случаях, значительные паренхиматозные ротации — в 36(10,2%), привнесение ткани извне молочной железы — в 85(24,1%), симметризирующие операции — 27(7,8%). Аксилярная лимфаденэктомия выполнена в 150(42,6%) случаях, биопсия сигнального лимфоузла — в 229(65,1%). Опухоль в крае резекции выявлена у 14(3,9%) пациенток. Уровень ранних осложнений составил 24,4%. Отдаленные результаты отслежены у 291(84,3%) пациентов на протяжении 35,2(6-103) месяцев. Местные рецидивы выявлены у 7(1,9%), системные — у 32(9,2%) и 18(5,2%) пациенток умерло.

Выводы. ОСОХ в условиях специализированного ЦСМ является оптимальным вариантом в комплексном лечении РМЖ, позволяет обеспечить радикализм лечения без ущерба для эстетического вида молочной железы и улучшить качество жизни пациенток. Планирование онкопластических операций должно проводиться одновременно с разработкой общего плана онкологического лечения и реабилитации.

Одномоментная реконструкция в комплексном лечении рака молочной железы в условиях специализированного центра

*Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А.,
Бондаренко В.В., Винницкая Д.К., Винницкая А.Б.,
Бернштейн Г.Б.*

LISOD — Больница Израильской Онкологии, г. Киев

Введение. Реконструкция молочной железы является неотъемлемым этапом в лечении рака молочной железы (РМЖ). Представлен опыт Центра Современной Маммологии (ЦСМ)

Больницы израильской онкологии LISOD, организованного в 2008 г. согласно критериям EUSOMA.

Материалы и методы. Все пациенты обсуждались на междисциплинарном онкологическом консилиуме согласно международным стандартам. При отсутствии прямых противопоказаний (инфильтративно-отечная форма РМЖ) всегда предлагалась коже- или сосоксохраняющая мастэктомия с одномоментной реконструкцией (ОР). Вариант операции — с использованием аутологичного лоскута (TRAM, торакодорсальный (ТДЛ)), импланта (1 или 2-этапная) или сочетания лоскута с имплантом, выбирался с учетом клинической ситуации и пожелания пациентки. Представлены внутренние алгоритмы выбора операций. Проводилась фотофиксация пациенток на всех этапах лечения.

Результаты. 2007- 12.2015 в ЦСМ выполнено 125 ОР 102 пациенткам. Средний возраст составил 49(29-71) л, средний размер опухоли — 4,9(0,4-12)см, средний вес удаленного препарата — 468,6(96-2136)г. Двусторонние операции выполнены 21(20,6%) пациенткам. Одноэтапные реконструкции имплантом выполнены в 53(42,4%) случаях, двухэтапные — в 48(38,4%), TRAM — в 4(3,2%), ТДЛ — в 9(7,2%), ТДЛ + имплант — в 8(6,4%). В 22(17,6%) случаях применялся ацеллюлярный дермальный матрикс, в 8(6,4%) — синтетическая сетка. В 31(24,8%) случаях выполнялась кожередукционная мастэктомия, в 40(32%) — сосоксохраняющая. Аксилярная лимфаденэктомия выполнена в 47(37,6%) случаях, биопсия сигнального лимфоузла — в 56(44,8%). Уровень ранних осложнений составил 33,6%, было удалено 9(12,1%) имплантов. Отдаленные результаты отслежены у 88(86,3%) пациентов на протяжении 31,1(4-77) месяцев. Местные рецидивы выявлены у 1(0,9%), системные — у 14(13,7%), и 5(4,9%) пациенток умерло.

Выводы. ОР молочной железы при необходимости мастэктомии должна всегда предлагаться пациенткам с РМЖ, при отсутствии прямых противопоказаний. Этот метод позволяет значительно повысить качество жизни пациенток при обеспечении радикальности лечения. Планирование операций должно проводиться одновременно с разработкой общего плана лечения и реабилитации.

Циторедуктивні операції в лікуванні деструктивних форм пухлин молочної залози

*¹Завісін В.Ф., ¹Мастиалер В.Є., ²Чебанов К.О.,
²Баранов І.В., ²Малюк Ю.Ю., ²Бессєдін О.М., ²Пундик Г.М.,
²Кудрявцев А.С., ²Білозорова А.К., ²Кирилова Л.А.,
²Діба І.М., ¹Артюшенко Л.Т., ²Андрющенко С.В.*

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

*²КЗ «Міська багатoproфільна клінічна лікарня №4
Дніпропетровської обласної Ради»*

Як внаслідок природної історії пухлинного процесу у нелікованих хворих, так і внаслідок неконтрольованого розвитку раку молочної залози (РМЗ) у жінок, що лікуються з приводу метастатичних форм хвороби в багатьох випадках пухлини мають деструктивні прояви. Одним з паліативних методів лікування таких хворих є циторедуктивні операції (ЦРО).

Мета роботи. Проаналізувати власний досвід застосування ЦРО з приводу деструктивних форм РМЗ.

Матеріали та методи. За період з 2000 по 2015 рр у відділенні гнійно-септичної хірургії КЗ МКЛ №4 проведено 71 ЦРО, серед яких — 65 мастектомій, 6 — некретомій з елементами циторедукції. У 11 з них в доопераційному періоді виконана хіміоемболізація з приводу кровотечі з розпаду пухлини або загрози кровотечі. Середній вік хворих склав 56 років. Усі хворі були розглянуті на онкологічному консилиумі.

Результати та обговорення. Серед прооперованих хворих у 69 був РМЗ, у 1 — злоякісна фіброзна гістіоцитома та у 1 — занедбана листовидна пухлина.

У 20 хворих рани були закриті переміщеними шкірно-жировими клаптями з черевної стінки, у 32 — рани були зашиті наглухо, у решти — загоєння вторинним натягом. Використо-